....., dnia..... 202…r.

.....
/ imię i nazwisko /

.....
/ adres zamieszkania /

.....

.....
(adres e-mail lub numer faksu, lub nr telefonu)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Człuchowie
ul. Szkolna 3
77-300 Człuchów

ZGŁOSZENIE
ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 Ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r. Nr 209, poz. 1243 ze zm.), zgłaszam zamiar skorzystania z usługi tłumacza języka migowego.

Planowany termin wykonania usługi (data/godzina) …….....

…….....

Moje przybycie do ośrodka pomocy społecznej związane jest z potrzebą załatwienia poniżej wymienionych spraw:

……..…… ……

……...……

Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243 ze zm.), ponadto, posiadam orzeczoną niepełnosprawność w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 i Nr 171 ze zm.).

……
/data i podpis składającego oświadczenie /

ADNOTACJE URZĘDOWE :

.....
.....
/ termin i miejsce spotkania: adres, nr pokoju /

.....
.....

.....
...
/ imię i nazwisko tłumacza języka migowego /

.....
...
/ uwagi /

.....
/ data, pieczęć i podpis dyrektora lub osoby upoważnionej /